

BULLETIN D'ADHESION

à remplir et à retourner complété à WELCARE avec le dossier CFE - BP 30 - 41914 BLOIS CEDEX 9 FRANCE

Identification du Souscripteur si celui-ci est différent de l'Assuré

M. Mme Melle NOM _____ PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____ N° SECURITE SOCIALE _____

NATIONALITE _____

OU RAISON SOCIALE (entreprise ou association) _____

REPRESENTEE PAR _____

ADRESSE _____

N° SIRET _____ CODE NAF _____

TELEPHONE _____ FAX _____ EMAIL _____

Identification de l'Assuré

M. Mme Melle NOM _____ PRENOM _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE _____

NATIONALITE _____

ADRESSE DU PAYS D'ORIGINE _____

ADRESSE A L'ETRANGER _____

TELEPHONE _____ FAX _____ EMAIL _____

Caractéristiques du contrat

FORMULE CHOISIE Option complète Option urgence

DATE D'EFFET (le 1er du mois qui suit l'acceptation de l'Assureur) _____

TERRITORIALITE Zone A (Monde entier sauf Etats-Unis, Canada, Japon, Suisse)
 Zone B (Monde entier)

REGLEMENT DES COTISATIONS PLANET CFE Paiement trimestriel Paiement semestriel Paiement annuel

RESERVE A WELCARE

N° CONTRAT | | | | | | | | | | N° OPTION | | | | | | N° ASSURE | | | | | | | | | |



